★診療情報提供書（紹介状）も一緒に FAX 送信をお願いします。

地域医療連携センター FAX 0120-846-489（直） TEL 0120-803-220（直）

淀川キリスト教病院 診察依頼申込書

貴医療機関名

☐ 至急折り返しの連絡要！！

住　　所
TEL
FAX

【希望受診日】
① 希望なし（いつでも）
② 第一希望　　月　　日 ／ 第二希望　　月　　日
③ 依頼日から2W・3W・1 カ月・3 カ月以内
※ご都合の悪い日（　　）ご都合の悪い曜日（　　）

【希望医師】

医師

【希望診療科】 診療科に〇をつけてください

	糖尿病・内分泌内科		小児科		心臓血管外科
	血液内科		小児外科		耳鼻科・小児耳鼻科
	リウマチ膠原病内科		婦人科		眼科
	腎臓内科		産科		整形外科
	脳血管神経内科		脳神経外科		形成外科・小児形成外科
	循環器内科		ペインクリニック		皮膚科
	呼吸器内科		外科		泌尿器科
	消化器内科		呼吸器外科		腫瘍内科
	総合内科		乳腺外科		放射線治療科
	歯科口腔外科				

※ □印で囲みのある診療科は、完全予約制となっております。

※当日受診希望・救急受診をご希望の場合は、**電話にてご依頼**をお願いいたします。

※□ 外来　□ 入院中（支払方法がわかるものも一緒にご送付ください）

＜患者情報＞

淀川キリスト教病院受診歴　無　・　有（患者番号　　）

依頼目的 ●分娩のご予約の場合　週数（　　）予定日（　　）　□ 単胎妊娠　□ 双胎妊娠　□ 品胎妊娠			
フリガナ		性別　男　・　女	
氏　名	旧姓（　　）	生年月日　明治　・大正　・　昭和　・　平成・　令和 年　　月　　日（　　歳）	
住　所	〒	TEL	
保　険	□国保　□協会　□共済　□組合　□後期高齢　□生保　□交通事故　□労災		

※ 個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。
個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

※ 業務時間外の場合、翌日（休日の場合は第一日目の業務日）の返信となります。

※地域医療連携センター業務時間　平日 9:00～19:00　土曜日 9:00～13:00